МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОЮЗА ССР

3·91 ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

Ежеквартальный научно-практический журнал

ОСНОВАН В 1988 г.

МОСКВА 1991 «МЕДИЦИНА»

УДК 616.89-008.441.33-082 (47+57)

Н. Н. Иванец, В. Е. Пелипас, И. А. Никифоров, М. Г. Цетлин, Е. А. Кошкина, Ю. В. Валентик, Л. Д. Мирошниченко, Д. М. Галабаева

НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

Всесоюзный научный центр медико-биологических проблем наркологии (дир. Н. Н. Иванец) Минздрава СССР, Москва

Введение

Эпидемиологическая ситуация. Наркологическая ситуация в стране остается напряженной. Рост учтенного контингента больных алкоголизмом в последние 2—3 года остановился, однако число больных алкоголизмом в населении не уменьшается. Некоторое снижение показателя учтенной заболеваемости алкоголизмом, имевшее место в последние 3 года, объясняется в значительной мере тем, что часть больных алкоголизмом стали брать под так называемое профилактическое наблюдение. В 1989 г. численность впервые взятых под профилактическое наблюдение (557 442 человек) уже превысила численность впервые взятых на учет (426 574 человек). Выборочные опросы населения показывают, что доля злоупотребляющих алкоголем не снижается. Тревожно высоки показатели приобщения к алкоголю подростков, в том числе девочек. В целом по стране в начале 1990 г. 2,7 % трудоспособного населения были зарегистрированы как больные алкоголизмом, в том числе среди трудоспособных мужчин 4,5 %. Реальная цифра, по оценкам, может быть в 1,5—2 раза выше.

Контингент учтенных больных наркоманиями и токсикоманиями продолжает расти, несмотря на ослабление в последние 2—3 года активности их выявления. Показатель учтенной болезненности наркоманиями в 1984—1989 гг. возрос в 1,7 раза, токсикоманиями — в 3,6 раза. По оценке специалистов МВД СССР, реальная численность больных наркоманиями и токсикоманиями во много раз превышает численность контингента, зарегистрированного наркологической службой (73 тыс. на конец 1989 г.) и, возможно, составляет 500—600 тыс. Число употребляющих наркотики оценивается МВД СССР в 1,5 млн человек.

Состояние наркологической службы

Созданная в 1976 г. в системе здравоохранения специализированная наркологическая служба сыграла в свое время положительную роль в организации наркологической помощи. Больные стали вовлекаться в систему наркологической службы в значительно более ранние сроки от начала заболевания. Длительность латентного алкоголизма сократилась в 2—3 раза. Значительно уменьшилась доля лиц с III стадией алкоголизма среди впервые взятых на учет больных. До самого последнего времени неуклонно снижалась частота алкогольных психозов и осложненных форм алкоголизма.

Однако в последние годы наркологическая служба начинает все меньше отвечать требованиям времени как в узкопрофессиональном, так и в более широком смысле, учитывая происходящие общественно-политические перемены, которые заставляют наркологов переосмыслить свои задачи, права и ответственность.

1. *Основные принципы предлагаемой концепции наркологической помощи*

1. **Добровольность обращения за помощью.** Специфика наркологических заболеваний заключается в необходимости тесного сотрудничества больного, его семьи и его окружения со специалистами, оказывающими наркологическую помощь, на всех этапах терапевтического процесса. Всякое принуждение к лечению, особенно связанное с административными репрессиями, воздвигает стену отчуждения между больными и медициной. Попытки игнорировать эти обстоятельства, формализовать процесс лечения наркологических больных приводят к резкому снижению эффективности лечения или вообще делают его невозможным. Только добровольное, сознательное обращение больного за помощью, ответственное и активное участие его в лечебном процессе создают необходимые предпосылки для достижения успеха в лечении и реабилитации. Такой подход не отменяет необходимости целенаправленной работы по выявлению лиц с алкогольными проблемами и созданию у них мотивации на добровольное обращение за специализированной помощью.

Добровольность обращения за наркологической помощью предусматривает возможность получить ее тайно, анонимно, в любом наркологическом учреждении по личному выбору.

2. **Уравнивание в правах больных хроническим алкоголизмом с больными другими хроническими соматоневрологическими и психическими заболеваниями.** Существующая практика дискриминирует больных алкоголизмом, выводит их по сути дела за пределы клинической медицины, приравнивает к правонарушителям, формирует в обществе искаженное представление о них.

Необходимо гарантировать наркологическим больным реализацию всей совокупности прав на получение медицинской помощи и социальной защиты: восстановить в полном объеме систему больничных листов и врачебно-трудовой экспертизы для определения степени трудоспособности,

установления инвалидности и получения соответствующего пособия.

Учет больных алкоголизмом должен решать исключительно медицинские задачи, быть средством повышения эффективности лечебно-восстановительного процесса, но не средством ограничения больных в их гражданских правах. Необходимо отказаться от стандартного, огульного подхода к лишению больных определенных профессиональных прав, например права на вождение транспортных средств и т. д. Трудотерапии необходимо вернуть ее изначальный смысл, она должна органически входить в структуру лечебного режима, а не подменять его.

3. **Защита прав врача-нарколога, максимальное ограничение его деятельности границами медицинской компетенции.** Следует точно определить сферу деятельности наркологической службы, строго ограничив ее рамками медицинской компетенции в области профилактики, клиники и терапии наркологических заболеваний. Нарколог должен заниматься профилактической работой в том объеме и в тех формах, которые свойственны представителям любой другой медицинской специальности, исходя при этом из профессионального долга и конкретных обязанностей. Следует также четко ограничить и регламентировать все формы взаимодействия наркологов с административными, правоохранительными и другими официальными органами, строя их на при ципах строгого соблюдения прав больных, сохранения врачебной тайны, отказа от формального участия в различных административных структурах и мероприятиях.

4. **Поливариантность организационных форм на основе сочетания общедоступной бесплатной и платной наркологической помощи населению.** Следует создавать организационные структуры, разнообразные по объему оказываемой помощи и функциональному назначению, объединенные в систему, полностью обеспечивающую комплексную социальную, лечебную и реабилитационную помощь. Сохраняя государственную службу наркологической помощи, находящуюся на государственном бюджете и обеспечивающую доступность ее для всех без исключения членов общества, следует развивать и платные формы помощи, такие, как анонимное, «тайное», нетрадиционное лечение и т. п.

Имеется в виду создание гибкой системы оказания платной специализированной наркологической помощи и развитие сети разного рода малых предприятий, доход от которых должен идти на материальное обеспечение лечебно-реабилитационного процесса, решение проблем трудоустройства больных и других социальных и реабилитационных вопросов.

2. *Новая структура наркологической помощи*

С учетом вышеизложенных принципов оказания наркологической помощи предлагается следующая ее структурно-функциональная организация.

Основной структурной единицей наркологической службы является наркологический центр. Это лечебно-профилактическое учреждение, организующее широкую профилактическую антиалкогольную и антинаркоманическую работу, оказывающее специализированную помощь лицам, злоупотребляющим алкогольными напитками, страдающим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

В малонаселенных пунктах (районных центрах, поселках городского типа) при достаточно высоких показателях болезненности алкоголизмом среди местного населения могут быть развернуты наркологические кабинеты в центральных, городских районных больницах, психоневрологических диспансерах. Если среди населения (в районе) незначительное количество больных алкоголизмом, функции врача-нарколога должны быть возложены на участкового врача-психиатра.

Работа наркологического центра строится, как правило, по административно-территориальному принципу. В крупных населенных пунктах могут быть созданы дополнительные подразделения специализированной наркологической помощи (подросткам, больным алкоголизмом с тяжелыми соматическими заболеваниями и др.).

Наркологический центр является самостоятельным специализированным медицинским учреждением, подчиняется в административном отношении местным органам здравоохранения.

В структуре локальных наркологических центров (районных, межрайонных, городских) объединяются амбулаторное и стационарное звенья. Такое организационное объединение предполагает максимальное сохранение существующих наркологических учреждений, в том числе в случаях, когда диспансеры и стационары территориально разобщены. В перспективе целесообразно размещение в едином комплексе (одном здании, ряде строений) отделов амбулаторной и стационарной терапии и отдела социально-психологической помощи. Таким образом создается замкнутый консультативно-лечебно-реабилитационный цикл со следующими его этапами:

а) амбулаторный консультативно-лечебный этап, решающий задачи первичного приема, информационно-консультативной помощи, первичной диагностики, определения необходимого объема помощи и в зависимости от показаний направления больного в стационарное либо амбулаторное подразделение для дальнейшего лечения;

б) стационарный лечебный этап, решающий задачи оказания в полном объеме и в сжатые сроки интенсивной лечебной помощи (детоксикация, купирование абстинентных явлений, купирование или существенное ослабление патологического влечения, формирование позитивных терапевтических установок, купирование соматоневрологических осложнений), дальнейшей социально-психологической помощи;

в) амбулаторный лечебно-реабилитационный этап, решающий задачи продолжения лечения (реконструктивная психолого-психотерапевтическая работа с укреплением установок на трезвость и выработкой установки на достижение позитивных социально значимых целей), социально-психологической помощи, реадаптации, реабилитации, последующего динамического наблюдения.

Дифференцированный характер реабилитационных мероприятий базируется на реальных особенностях отдельных контингентов наркологических больных и предусматривает использование различных организационных форм — от консуль-

тативных кабинетов, «выдвинутых» к населению и в общелечебную сеть (в целях оказания помощи лицам, не обращающимся в специализированную наркологическую службу), до специальных подразделений в структуре наркологического центра и добровольных поселений, приютов для тяжелобольных, утративших социальные связи.

Преимущество такой циклической системы заключается в максимальной реализации принципов комплексности и преемственности на всех этапах лечения и реабилитации больных.

Между стационарным и амбулаторным лечебными этапами функционируют переходные формы оказания помощи — полустационарные.

В структуру наркологического центра входят: отдел амбулаторной терапии; отдел стационарной терапии; отдел социально-психологической помощи населению и реабилитации; организационно-методический отдел.

2.1. **Функции и задачи отдела амбулаторной терапии**

1. Лечебно-диагностическая, консультативная психопрофилактическая и реабилитационная помощь больным алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями.

2. Динамическое диспансерное наблюдение на добровольной основе за больными алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями.

3. Проведение экспертизы алкогольного опьянения и других видов экспертизы, включая медицинское освидетельствование направляемых на принудительное лечение по поводу алкоголизма и наркоманий в соответствии со ст. 62 УК РСФСР и аналогичными статьями УК союзных республик.

Рекомендуемая структура отделения амбулаторной терапии:

кабинеты участковых врачей психиатров-наркологов;

подростковый кабинет;

кабинет экспертизы опьянения;

кабинеты немедикаментозных видов лечения;

специализированные кабинеты;

процедурный кабинет.

2.2. **Функции, задачи и структура отдела стационарной терапии**

Цель стационарного лечения: обеспечение психологической и физической готовности пациентов к конструктивной психотерапевтической работе по формированию позитивного отношения к лечению и трезвеннических позиций, к активному решению проблем ресоциализации.

Функциональные задачи:

ликвидация острых явлений интоксикации, клинических проявлений постинтоксикационного и абстинентного состояний;

осуществление в полном объеме клинической и психологической диагностики;

купирование проявлений патологического влечения;

терапия расстройств, обусловленных первичной и вторичной соматоневрологической патологией;

решение наиболее острых психологических и социальных проблем больных;

формирование начальных установок на лечение, на трезвость, на необходимость длительного сотрудничества на последующем амбулаторном лечебно-реабилитационном этапе с наркологами, психологами, работниками социальных служб.

Структура стационарных отделений:

детокс — специальное отделение (блок, палата) интенсивной терапии (с гемодиализом, аппаратами искусственного дыхания и другим специальным оборудованием);

отделение для больных алкоголизмом с отдельными блоками (палатами: для первичных и повторных больных, для подростков, для стационарной наркологической экспертизы);

отделение для больных наркоманиями и токсикоманиями с такими же блоками;

полустационары (дневной, ночной и другие варианты).

Предпочтительна организация небольших стационаров, рассчитанных на короткие сроки пребывания, быстрый оборот коек, независимых от каких-либо предприятий и решающих только лечебные задачи.

Предлагается также организовывать в структуре стационарного звена наркологических центров отделения острой алкогольной интоксикации при наличии у медицинских работников мотивов к этому и необходимых условий.

При желании предприятий (фирм, объединений) они могут иметь у себя на паях с наркологическими центрами автономные системы наркологической помощи собственным сотрудникам (включая полустационары и стационары).

Помощь больным с металкогольными и другими интоксикационными психозами, учитывая сложившиеся традиции и наличие необходимых условий для лечения больных с психозами, может оказываться либо в наркологических, либо в психиатрических стационарах.

Необходимо добиться полной организационной и финансовой независимости наркологических стационаров от предприятий и направить их деятельность исключительно на решение лечебных и реабилитационных задач. Стационарные наркологические отделения при промышленных предприятиях, если имеется возможность, должны быть переданы с баланса этих предприятий на баланс наркологических центров; необходимо разработать различные варианты реального механизма такой передачи.

Речь не идет об одномоментном «упразднении» всех наркологических отделений при промышленных предприятиях. Они могут и должны быть сохранены, насколько это возможно, но при одном непременном условии: их лечебно-реабилитационная работа должна быть организована на основе строгого соблюдения всех принципиальных подходов, составляющих существо предлагаемой концепции организации наркологической помощи. Должны быть решены вопросы лечебно-трудового режима таких отделений: об определении сроков пребывания больных в отделении исключительно в зависимости от медицинского и социального статуса и желания больного и его семьи; об обязательных минимальных сроках лечения без направления на работу; о критериях возможности сочетания различных медикаментозных курсов и различных видов работ; о допустимой длительности рабочего дня и использовании больных на работах в вечерние и ночные смены.

Существующая система принудительного лечения в ЛТП системы МВД должна быть упразднена, при этом некоторые бывшие ЛТП могут быть

реорганизованы в центры социальной реабилитации, реабилитационные интернаты (в рамках системы социального обеспечения), добровольные поселения, коммуны, а также в центры или другие структуры, решающие задачи реабилитации, адаптации и профессиональной подготовки (переподготовки) наркологических больных.

Принудительное лечение может назначаться только по определению суда — как альтернатива осуждению — в отношении лиц, совершивших правонарушения, связанные с наркологическими заболеваниями. Такое лечение должно осуществляться в системе органов здравоохранения.

2.3. **Функции и задачи отдела социально-психологической помощи населению и реабилитации**

1. Первичный прием и оказание социально-психологической помощи лицам с алкогольными проблемами, наркологическим больным и лицам, созависимым от них, по вопросам социальной и трудовой адаптации, разрешения конфликтных семейных ситуаций, а также мотивационное консультирование и психокоррекционная работа.

2. Проведение системы реабилитационных мероприятий для наркологических больных на разных этапах лечебно-восстановительного процесса на основе принципов: максимально раннего начала трудовой и социальной реабилитации, индивидуализации программ и многообразия их форм, непрерывности и этапности их реализации, взаимодействия с общественными движениями, фондами, ассоциациями и церковью в организации различных реабилитационных центров и программ.

3. Наркологическое просвещение населения, в том числе обеспечение специальной литературой дифференцированных групп населения, организация антиалкогольных и антинаркотических мероприятий, обучение основам наркологии лиц, имеющих отношение к антинаркотической работе.

4. Оказание помощи различным учреждениям по проведению антинаркотической работы, в том числе идентификация лиц, злоупотребляющих алкоголем и(или) наркотическими и токсичными веществами, проведение скрининговых обследований среди различных групп населения и разработка профилактических программ, консультативно-информационное обслуживание различных учреждений по наркологическим вопросам.

На штатных должностях в отделе используются психологи, психотерапевты, специально подготовленные работники социальных служб (программа прилагается). Целесообразно использовать в качестве консультантов бывших больных после их предварительного обучения.

Количество штатных единиц зависит от потребности в данном виде помощи. Мощность отдела определяется наркологической ситуацией на данной территории и другими региональными особенностями (возрастной состав населения, традиционно предпочитаемые виды употребляемых психоактивных веществ, преобладающие отрасли народного хозяйства и пр.).

Рекомендуемая структура отдела:

1. Служба психологической реабилитации:
   кабинет социально-психологической помощи населению;
   кабинет психотерапии и психокоррекции;
   кабинет семейной терапии;
   кабинет консультативной помощи различным учреждениям и организациям;
   телефон доверия.
2. Служба социальной реабилитации:
   клубы больных и членов их семей;
   «дома на полпути» (общежития гостиничного типа для временного проживания);
   группы самопомощи, взаимопомощи, АА, АН[1];
   добровольные поселения, коммуны;
   ночные приюты и др.

2.4. **Функции и задачи организационно-методического и экономического отдела**

1. Сбор и анализ статистических данных о наркологической ситуации на территории и результатах деятельности наркологического центра.

2. Поиск и внедрение в практическую деятельность наркологического центра передового опыта и достижений науки.

3. Организационно-методическое руководство наркологической экспертизой в зоне обслуживания и рассмотрение конфликтных экспертных заключений.

4. Социальное и производственное развитие коллектива, формирование современной материальной базы, создание благоприятных возможностей для высокопроизводительного труда на основе принципа хозяйственного расчета.

Рекомендуемая структура отдела:
кабинет статистики;
организационно-методический кабинет;
группа внедрения новых условий хозяйствования в наркологии.

В зависимости от эпидемиологической ситуации в регионе (районе) и обеспеченности медико-психологическими кадрами наркологическая служба может быть развернута в полном или сокращенном объеме.

3. *Кадровая политика*

Предложения по реорганизации наркологической службы не могут быть реализованы без перестройки существующей системы подготовки и повышения квалификации врачей-наркологов. Проблема подготовки кадров для наркологической службы очень актуальна, так как наркологи в большинстве случаев — врачи, работавшие ранее по другим специальностям.

В то же время следует заметить, что качественное обучение возможно только на крупных специализированных кафедрах, имеющих квалифицированных специалистов, которых в настоящее время еще недостаточно. Необходимо провести переаттестацию сотрудников кафедр усовершенствования с целью решения вопроса о возможности последипломного обучения на этих кафедрах в полном или сокращенном объеме (общие циклы усовершенствования, тематические специализации). Целесообразно было бы также с помощью аттестации кафедр ранжировать их по праву проводить последипломное обучение на областном, республиканском или союзном уровнях.

Следует усовершенствовать в соответствии с новой концепцией наркологической помощи программу последипломного обучения врачей-наркологов

[1] АА — общество «Анонимные алкоголики», АН — общество «Анонимные наркоманы».

(специализация, общее усовершенствование, тематическое усовершенствование).

Рекомендуется сократить обязательные сроки повышения квалификации с 5 до 3 лет и сроки переаттестации врачей-наркологов с 5 до 3 лет.

Целесообразно, учитывая значительное сокращение коечного фонда, провести одномоментно аттестацию врачей-наркологов с целью выявления и сокращения специалистов, не соответствующих квалификации.

Особое внимание необходимо обратить на объективность оценки аттестационных комиссий на местах, которые часто аттестуют врачей-наркологов чисто формально. Не следует остерегаться заключения аттестационной комиссии о несоответствии занимаемой должности. Сейчас не количество, а только качество подготовки врачей может вывести наркологическую службу из тупика.

С целью повышения качества подготовки врачей-наркологов целесообразно расширить программы преподавания медицинской психологии, психиатрии и наркологии в медицинских институтах, а также включить наркологический аспект в программы ряда теоретических и клинических дисциплин.

Необходимо осуществлять специальную подготовку выпускников медицинских вузов через интернатуру и ординатуру.

В целях повышения уровня знаний врачей общей лечебной сети в области наркологических проблем целесообразно проводить для них на кафедрах повышения квалификации по наркологии краткосрочные 1—2-дневные курсы.

4. *Ожидаемый эффект*

Реализация предлагаемой концепции позволит резко повысить эффективность работы наркологической службы. Возрастет престиж врача-нарколога. Отношение общества к больным алкоголизмом и наркоманиями станет более гуманным, что повысит уровень мотивации больных к обращению за помощью.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

УДК 616.89-008.441.13-036.12-07:616.831-008.934.556.23

МЕТАБОЛИЗМ ГЛЮКОЗЫ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Кафедра биохимии (зав.— доц. Н. К. Лукашик) Гродненского медицинского института

Хроническое потребление алкоголя сопровождается значительными нарушениями углеводного и энергетического обмена в головном мозге [4, 8, 12]. Степень нарушений зависит от длительности приема и дозы этанола, прослеживается также связь с поражениями нервной системы, наблюдаемыми при алкоголизме [10]. Потребление этанола в течение месяца приводит к снижению содержания глюкозы, пирувата, дигидрооксиацетонфосфата и α-кетоглутарата в мозге [9]. 2-месячная алкоголизация животных сопровождается выраженным уменьшением утилизации глюкозы до CO_2, включением ее в гликоген и липидные фракции, снижением содержания гликогена [8]. При этом в мозговой ткани активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и малатдегидрогеназы снижается, а сукцинатдегидрогеназы повышается. Установлено [5], что функциональная активность центральной нервной системы коррелирует с интенсивностью метаболизма глюкозы в мозге. Изменения в поведении животных, подвергшихся воздействию алкоголя, совпадают с уменьшением способности утилизировать глюкозу в мозговых структурах [12]. Для головного мозга характерна региональность проявлений метаболических эффектов этанола. В отношении углеводного обмена это в большей степени показано при острой алкогольной интоксикации [3, 4]. Обобщение полученных данных позволяет заключить, что при дифференцированном подходе к мозгу как образованию гетерогенному они приобретают наибольшую информационную и практическую ценность. Детальная характеристика метаболизма глюкозы в различных отделах головного мозга при хроническом введении этанола позволит выяснить некоторые механизмы его патохимического действия на мозговую ткань, расширить рамки рациональной терапии психоневрологических осложнений при алкоголизме.

Хроническую (6-месячную) алкогольную интоксикацию моделировали на 26 крысах-самцах, предпочитающих этанол, которых предварительно отбирали в условиях свободного выбора между водой и 10 % раствором алкоголя. Тестирование продолжительностью 7 дней проводили дважды с интервалом 1 мес. Через 14 дней после второго тестирования опытную группу помещали в клетки с раствором алкоголя в качестве единственного источника жидкости. Концентрация раствора в течение 1-го месяца алкоголизации была равна 10 %, в течение 2-го месяца — 12,5 %, начиная с 3-го месяца и до конца эксперимента — 15 % масса/объем. Потребление этанола, в пересчете на абсолютный, при этом колебалось в пределах 5,2—8,3 г на 1 кг массы тела в сутки. Контрольная группа содержалась в аналогичных условиях и потребляла воду. Масса крыс в начале алкоголизации составляла 220—240 г, перед умерщвлени-

Так, первый абзац п. 12 полностью повторяется во втором абзаце п. 13. В методических указаниях по составлению заключения судебно-наркологической экспертизы (с. 13) справедливо указывается на необходимость ссылок на первоисточник, «если в процессе изложения анамнестических сведений использовались материалы уголовного дела». На наш взгляд, и материалы дела и медицинская документация обязательно должны использоваться в доказательстве экспертом своего заключения. Эксперту для изучения непременно должны быть предоставлены материалы, в которых имеются сведения, явившиеся для следствия или суда основанием для назначения судебно-наркологической экспертизы. Иначе ее назначение не будет обоснованным.

В разделе III целесообразно указать на необходимость описания не только характера соматических нарушений, но и степени их выраженности, а также динамики психического и соматического состояния в период пребывания на стационарной экспертизе.

В целом «Временная инструкция о производстве судебно-наркологической экспертизы» представляется достаточно полной, детально отражает требования, предъявляемые к экспертизе, и отвечает запросам экспертной практики.

От редакции

Журнал начинает печатать отзывы на «Концепцию организации наркологической помощи в СССР», разработанную в ВНЦ наркологии Минздрава СССР и опубликованную в этом номере журнала. Отзывы печатаются с небольшими сокращениями.

В. И. Ковалев,

и. о. главного врача Приморского краевого наркологического диспансера (Владивосток)

Проект обсужден на краевой конференции наркологов. Практически все врачи поддерживают его основные положения. Нуждаются в уточнении лишь некоторые моменты: контроль и ответственность за качество лечения на закрепленной территории, вертикальная структура наркологической службы. Недостаточно ясна проблема ресоциализации больных, особенно дефектных. Возможно, это предполагается за рамками наркологической службы, но об этом в проекте ничего не сказано.

В. Н. Юрченко,

главный врач Республиканского наркологического диспансера Минздрава Киргизской ССР (Бишкек)

Целесообразно в структуре наркологического центра выделить отдел профилактики подросткового наркотизма. Подструктурами его должны быть: 1) подростковый профилактический центр, оказывающий амбулаторную, психиатрическую, психологическую, психотерапевтическую и социально-психологическую помощь подросткам из группы риска и их семьям, а также занимающихся высококвалифицированной и современной антиалкогольной и антинаркоманической пропагандой; 2) подростковый стационар, имеющий 4 изолированных звена — детокс; диагностический отдел (рассчитанный не более чем на 10 человек); отдел для лечения больных наркотоксикоманиями (не более чем на 10 человек); отдел для лечения подростков с девиантными формами поведения и пограничными нервно-психическими нарушениями (не более чем на 10 человек); 3) центр социально-психологической помощи и реабилитации подростков, страдающих наркотоксикоманиями.

Проект реорганизации наркологической помощи, разработанный в ВНЦ наркологии, в целом одобряем.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Адрес редакции журнала:

117819, ГСП-7, Москва,
Научный проезд, 6, издательство «Медицина»
(проезд метро до станции «Калужская»)

Телефон: 120-51-41

Зав. редакцией *Л. Н. Афанасьева*

ВНИМАНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!

Редакция сообщает, что в 1992 году цена одного номера журнала «Вопросы наркологии» увеличивается до 3 рублей для индивидуального подписчика и до 6 рублей — для организаций. Годовая цена индивидуальной подписки 12 рублей, для организаций — 24 рубля.

Редактор *А. Э. Горбачева*
Технический редактор *Л. И. Агафонова*
Художественный редактор *Н. И. Корунова*
Корректор *А. М. Шувалова*

Сдано в набор 15.07.91. Подписано в печать 21.08.91. Формат $60 \times 88^1/_8$. Печать офсетная. Усл. печ. л. 5,88. Усл. кр. отт. 6,37. Уч. изд. л. 6,79. Тираж 4857. Заказ 6106. Цена 70 коп.

Ордена Трудового Красного Знамени
Издательство «Медицина» Москва 101000. Петроверигский пер. 6/8

Набрано на ордена Трудового Красного Знамени
Чеховском полиграфическом комбинате
Производственного объединения «Периодика»
Министерства информации и печати СССР
142300, г. Чехов Московской области

Отпечатано в Подольском филиале ПО «Периодика»
Министерства информации и печати СССР
142110, г. Подольск, ул. Кирова, 25.